

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 56.

SUR QUELQUES CAS
DE HERNIES

Sous-ombilicales de la ligne blanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PALLUY

Né à Dôle (Jura), le 8 mai 1887.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

SUR QUELQUES CAS
DE HERNIES

Sous-ombilicales de 1^{re} ligne blanche

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 56.

SUR QUELQUES CAS

DE HERNIES

Sous-ombilicales de la ligne blanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PALLUY

Né à Dôle (Jura), le 8 mai 1887.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen.
COURMONT (J.). Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LEPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PONCET, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MARRAINE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES PARENTS /

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous adressons l'hommage de notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Lyon.

Nous remercierons tout particulièrement M. le professeur Poncet de nous avoir fait le grand honneur de présider le jury de notre thèse.

Notre gratitude va également à M. le professeur agrégé Leriche, qui nous a donné l'idée de ce travail et qui ne nous a ménagé ni ses conseils, ni ses encouragements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous eûmes l'occasion d'observer, il y a deux ans, au cours de notre stage à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, une malade présentant une hernie de la partie sous-ombilicale de la ligne blanche.

Ce cas, qui nous fut alors présenté comme très rare, a retenu notre attention et, arrivé au terme de nos études médicales, nous avons cru pouvoir le prendre comme fond de ce petit travail, qui doit en être le couronnement.

Nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre de grande portée chirurgicale ; nous n'en avons ni les moyens, ni la compétence ; nous voulons seulement publier un fait clinique rare, en essayant de grouper autour de lui les faits analogues que nous avons pu trouver, et y ajouter les considérations que nous croyons pouvoir en déduire.

Puisse ce faible apport à la si féconde littérature médicale rendre quelque service à ceux que la question intéresse.

Si l'on consulte les divers traités de pathologie et de clinique chirurgicales, on y voit longuement traitée la question des hernies de la ligne blanche; c'est qu'en effet ce raphé fibreux, qui marque la partie médiane de la paroi abdominale antérieure et qui s'étend de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, est souvent le siège de hernies; mais celles-ci présentent, suivant leur siège, deux variétés absolument distinctes :

Les unes, et ce sont les plus fréquentes, sont développées dans la partie supérieure de la région, c'est-à-dire celle qui s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic; elles ont une grande importance clinique, en raison d'abord de leur fréquence et en raison aussi des symptômes qu'elles fournissent, tels que douleurs, troubles gastriques, et des accidents qu'elles peuvent occasionner, tel que leur étranglement.

Les autres, c'est-à-dire celles qui se produisent entre l'ombilic et le pubis, sont une rareté clinique, et c'est presque en vain que l'on interroge à leur sujet les divers auteurs : tous mentionnent leur existence, mais d'une façon très concise et presque sans citer de faits. Pourtant, M. Berger, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, rapporte un cas. Voici ses termes :

« Il est rare d'observer à la région sous-ombilicale des hernies circonscrites analogues à celles de la région épigastrique. Je n'en ai vu qu'un exemple, chez une femme de 45 ans, mère de deux enfants, qui portait, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sur la ligne mé-

diane, une petite hernie globuleuse, douloureuse, facilement réductible, mais qui ressortait lorsqu'on lâchait la pression. Cette hernie était grosse comme une pomme d'api. Il y avait cinq ans que la malade en connaissait l'existence; un bandage analogue au bandage ombilical suffit à la contenir. »

Il est infiniment regrettable que le cas rapporté par M. Berger ne le soit pas d'une façon plus étendue; il serait bon d'être renseigné sur le contenu probable de la poche herniaire et aussi sur les dimensions de l'orifice, et encore, comme il est probable que la malade n'a pas été opérée, on ne pourrait avoir que des probabilités. Mais, malgré cela, le fait existe, et il s'ajoutera à ceux que nous avons recueillis. Ils sont au nombre de trois; nous les rapportons ci-dessous, le plus complètement possible; nous essayerons ensuite d'en tirer quelques considérations sur l'anatomie, l'étiologie et le traitement de l'affection qui fait l'objet de ce travail.

La première observation est fournie par M. le docteur Leriche :

OBSERVATION I

M^{me} B..., 62 ans, de Machezal, entre dans le service de M. Poncet, salle Sainte-Anne, pour une énorme hernie.

Sans antécédent spécial et digne d'être noté; cette femme a vu apparaître sa hernie il y a six ans, à l'occasion de sa ménopause. Celle-ci fut très pénible : pendant quatre mois ce fut une vraie maladie, nécessitant le séjour au lit : la malade se plaignait de douleurs violentes dans le bas-ventre et dans les reins, de ballonnement, de bouffées de chaleur, etc.

C'est à la fin de cette période, qu'apparut au-dessous de l'ombilic, une saillie grosse comme une noix qui grossit rapi-

dement, en même temps que se montraient des douleurs de la constipation, des troubles digestifs :

A l'examen : nous nous trouvons en présence d'une femme amaigrie, sèche, portant à la partie sous-ombilicale de l'abdomen une tumeur grosse comme une tête d'adulte, extrêmement dure, mate et sonore suivant les points; sa consistance est grenue; elle est incomplètement réductible avec gargouillement; le contenu semble donc fait d'épiploon et d'intestin. A part cela, il n'y a rien à noter au point de vue de l'examen général et viscéral.

Le 22 avril 1911, anesthésie à l'éther après injection préalable de 0 gr. 02 centigrammes de pantopon.

Par une incision transversale, M. Leriche met à découvert un gros sac péritonéal passant par un orifice aux bords tranchants admettant l'index; il est situé au-dessous de l'ombilic qui est en gueule de four à un travers de doigt au-dessus.

Dans le sac, il y a de l'épiploon adhérent et une partie du côlon transverse; il faut débrider transversalement l'anneau pour pouvoir réduire le tout; une fois l'intestin et l'épiploon rentrés, l'aponévrose étant éversée avec des pinces, on fait une suture péritonéale soigneuse au catgut, puis l'aponévrose est suturée dans le sens horizontal après avivement des bords, par des sutures à points séparés au catgut. La peau trop abondante est en partie réséquée; on se borne à tamponner à plat sans mettre de sutures.

Suites opératoires très simples; guérison en quinze jours ; au bout de trois semaines, la malade rentre chez elle, ne souffrant plus et ayant une paroi solide.

OBSERVATION II

Clinique chirurgicale de M. le professeur Jaboulay.

A. B..., 67 ans; règles à douze ans, toujours régulièrement. Ménopause à 40 ans ; trois enfants ; l'un mort pendant l'accouchement, les deux autres bien portants. Application de forceps chaque fois. Hernie crurale étranglée opérée il y a deux ans et bien guérie.

La hernie actuelle remonte à la dernière grossesse, il y a vingt-quatre ans. Vers le sixième mois, la malade a ressenti de violentes coliques abdominales en piquant à la machine, mais elle ne s'est aperçue de la hernie qu'après ses couches. A ce moment, elle a porté un bandage. La hernie était réductible au dire de la malade, mais depuis trois mois, elle est devenue irréductible. Depuis ce moment, elle se plaint de coliques violentes avec exacerbations et envie de vomir de temps à autre; elle n'a jamais vomi. Elle souffre quelquefois en urinant. Perte d'appétit; constipation opiniâtre, ne cédant qu'à des purgations fréquentes.

Actuellement, on note à l'examen une tumeur arrondie du volume d'une mandarine située sur la ligne médiane à mi-chemin, entre l'ombilic et le pubis; cette tumeur est mollassse, irrégulière, avec les caractères de l'épiplocèle. Pourtant, la sonorité et la perception d'une masse ronde réductible font penser à la présence d'une portion d'intestin. La tumeur augmente dans les efforts de toux. Les bords de l'orifice sont difficiles à délimiter, mais celui-ci paraît petit.

OEdème léger des membres inférieurs.

Ulcération variqueuse à la partie interne et inférieure de la jambe droite.

Rien au cœur; urines claires sans albumine.

Dyspnée légère, un peu d'emphysème pulmonaire et de bronchite légère.

Opération le 10 novembre 1903, par M. Jaboulay. Incision médiane de 7 à 8 centimètres au niveau de la hernie. Incision du sac : on trouve de l'épiploon qu'on réduit dans l'abdomen.

Ligature du sac. L'orifice permettait facilement l'introduction d'un index. Suture de la paroi à quatre étages ; suture de la gaine postérieure des droits, suture des droits rapprochés l'un et l'autre, suture de la gaine antérieure des droits, enfin, suture superficielle.

Quinze jours après, la malade est partie complètement guérie.

OBSERVATION III

Clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet.

Jeune homme de 24 ans, entre le 12 février 1902, à la clinique de M. le professeur Poncet. N'accuse aucune maladie antérieure et ne s'était jamais aperçu de troubles abdominaux ni de l'existence d'une tumeur dans la paroi abdominale. Il s'observe du reste fort peu.

Il y a huit jours, il ressentit une violente douleur sur la ligne médiane sous-ombilicale, à 6 ou 7 centimètres du pubis environ. Bientôt apparurent les signes d'une occlusion intestinale complète : météorisme abdominal, arrêt des gaz et des matières, vomissements alimentaires, puis fécaloïdes. Actuellement, cet homme offre tous les signes d'une septicémie péritonéale généralisée, pouls à 130; température 38°6; facies grippé, léger météorisme abdominal. M. Delore constate à environ 6 centimètres au-dessus du pubis, une petite tumeur globuleuse occupant la ligne médiane, recouverte d'une peau légèrement rouge et donnant à la percussion un son hydro-aérique.

Vomissements fécaloïdes répétés. Le diagnostic est : hernie sous-ombilicale étranglée, compliquée de sphacèle de l'anse et de péritonite généralisée.

M. Delore pratique une incision sur la tumeur sous-ombilicale et met au jour une anse grêle longue de 6 à 8 centimètres. Elle est contenue dans un sac et étranglée dans un anneau développé entre les fibres de la ligne blanche. Cet orifice très résistant, tranchant et arrondi, admet à peu près le petit doigt. Le sac est rempli de pus.

Après débridement de l'anneau aponévrotique, on constate une perforation de l'anse au niveau du sillon supérieur. Les liquides intestinaux s'écoulent librement dans le péritoine qui est rouge, couvert de fausses membranes et présente en un mot tous les signes d'une inflammation diffuse.

L'opération est terminée par la résection de l'intestin perforé. La réunion des deux bouts par le bouton de Villard et le drainage du péritoine. L'application du bouton demande à peine quelques minutes, malgré l'énorme distension du bout supérieur de l'intestin qui atteint bien les dimensions de l'ampoule rectale.

Mort douze heures après. Opposition à l'autopsie.

Ces quatre observations sont, comme on peut le voir, assez nettes et, dans les quatre cas, il s'agit bien de hernies circonscrites de la région ombilico-pubienne de la ligne blanche.

Elles présentent des points communs intéressants. Dans trois d'entre elles, il s'agit de femmes âgées, ayant eu des enfants, et cela pourra nous éclairer sur l'étiologie de cette affection. Le quatrième cas s'est compliqué d'étranglement suivi de mort du malade, et il n'en faut pas davantage pour prouver tout l'intérêt que présentent de pareilles lésions.

Nous allons, avant de discuter la pathogénie et de donner quelques indications thérapeutiques, essayer d'ébaucher l'histoire anatomique de la ligne blanche et celle des hernies qui peuvent s'y développer.

La ligne blanche est un raphé tendineux étendu sur la ligne médiane, du sternum au pubis; elle est placée entre les muscles grands droits et s'insère, en haut, à la face antérieure de l'appendice xyphoïde, et, en bas, au bord supérieur du pubis.

Elle mesure, suivant les sujets, de 30 à 40 centimètres de longueur; son épaisseur est, en moyenne, de 2 à 3 millimètres. Quant à sa largeur, qui est supérieure chez la femme, elle est très inégale chez un même sujet, suivant

le niveau où on la considère; c'est ainsi que l'on peut diviser la ligne blanche en deux parties bien distinctes : l'une supérieure, rubanée, membraneuse, s'étend de l'appendice xyphoïde à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic; sa largeur va croissant de haut en bas; elle mesure 6 à 8 millimètres à sa partie supérieure, pour en atteindre 15 à 20 dans le voisinage de l'ombilic; la partie inférieure, au contraire, est linéaire et se présente sous la forme d'une crête fibreuse triangulaire à base antérieure, mais dont la plus grande largeur ne dépasse pas 3 millimètres.

La ligne blanche est constituée par l'entre-croisement des fibres des tendons des trois muscles larges de l'abdomen; ces fibres sont nattées à angles très aigus et affectent en général une direction transversale; elles sont renforcées par d'autres fibres à direction longitudinale qui les coupent presque perpendiculairement et qui sont fournies, en haut, par le faisceau xyphoïdien, et, en bas, par le ligament sus-pubien antérieur, très court, et le ligament sus-pubien postérieur, appelé encore *adminiculum linæ albæ*, dépendances du fascia transversalis, qui est très résistant et remonte jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis. La constitution de la ligne blanche a été très bien étudiée par M. le professeur Poncet, qui a décrit la façon dont s'entre-croisent dans tous les plans les fibres qui la composent.

La disposition et la constitution de la ligne blanche étant connues, comment peut-on comprendre le développement de hernies à son niveau ?

Il n'existe qu'un orifice normal possible : l'ombilic, et c'est fréquemment, chacun le sait, qu'il devient le siège

de hernies parfois très volumineuses. Dans tous les autres points, il ne peut exister que des orifices anormaux, et voici comment. Les fibres constitutives de la ligne blanche, en s'entre-croisant, laissent entre elles des orifices normalement punctiformes, plus ou moins losangiques et analogues aux mailles que forment les fils d'un tissu dont la trame est peu serrée. Par ces points passent, dans la partie épigastrique, des artérioles, de fins rameaux de nerfs intercostaux, et enfin des pelotons adipeux.

C'est la distension exagérée de ces orifices qui permet le développement des hernies. Elles se produisent par le mécanisme suivant : à travers l'étroit pertuis existant normalement, se glisse d'abord un petit peloton adipeux venant de la couche graisseuse pré-péritonéale, et qui, comme on le sait, est extrêmement fluide et glisse avec la plus grande facilité. Ce peloton augmente petit à petit et, comme il est adhérent au péritoine pariétal, il finit par l'entraîner au dehors à travers l'orifice progressivement distendu. Le péritoine ainsi évaginé sous la peau de la paroi antérieure de l'abdomen forme alors un véritable sac herniaire dans lequel peuvent prendre place l'épiploon et aussi l'intestin. On conçoit que, suivant l'âge de l'affection et aussi suivant le degré de résistance des fibres tendineuses, le volume et le contenu de ces hernies puisse varier; c'est ainsi que, tandis que l'on observe le plus souvent de simples paquets graisseux de petit volume avec seulement une ébauche de sac péritonéal, il arrive aussi de rencontrer des hernies volumineuses avec un sac complet et pouvant contenir une anse grêle tout entière.

Le mécanisme dont nous venons de parler s'applique à toutes les hernies de la ligne blanche, mais on peut comprendre déjà que la partie inférieure doit être moins favorable au développement de pareilles lésions.

Scarpa, dans son *Précis des Hernies*, publié en 1812, s'expliquait déjà de la façon suivante :

« La moitié supérieure de la ligne blanche est naturellement plus large et moins solide que la moitié inférieure, attendu que les muscles grands droits se rapprochent de plus en plus en descendant de l'ombilic au pubis. Il est certain que, chez les femmes enceintes, la partie supérieure de la ligne blanche prête bien plus que l'inférieure au développement de l'utérus, qui refoule en haut vers le diaphragme tous les viscères abdominaux. Si, après avoir disséqué soigneusement cette partie de la ligne blanche sur le cadavre d'une femme qui a eu plusieurs enfants, on l'examine par transparence, on voit qu'elle est d'une épaisseur très irrégulière, mince et transparente dans quelques points, éraillée dans d'autres, et disposée à se fendre soit en long, soit en travers. »

On voit que Scarpa attribue la plus grande fréquence des hernies de la région épigastrique à ce fait qu'à ce niveau la ligne blanche est plus large, plus mince et aussi se laisse dilater au maximum par l'utérus gravide, justifiant ainsi le nom de « soupape de sûreté » qui lui a été donné depuis par Glénard. Il semble qu'il n'y a pas lieu de chercher d'autres raisons pour expliquer la rareté des hernies sous-ombilicales que celles qui découlent naturellement de la connaissance anatomique de la région. Ce sont : 1° la résistance de la ligne blanche, qui est renforcée par l'adminiculum linæ albæ et qui a plutôt la va-

leur d'un cordon fibreux que celle d'une membrane; 2° le rapprochement très étroit des muscles droits qui fait qu'il n'existe pour ainsi dire entre eux aucun espace mort; 3° enfin, le fait que la région tout entière est moins sujette que la région épigastrique aux causes fréquentes de distension comme la grossesse, par exemple, puisque l'utérus augmentant de volume refoule les organes abdominaux vers le haut.

Peut-on, après l'examen des quatre cas que nous avons rapportés au début de ce travail, donner une étiologie particulière des hernies sous-ombilicales ? Il ne nous le semble pas.

En effet, si, dans trois des cas, il s'agit de femmes ayant eu des enfants, et, par conséquent, ayant certainement un affaiblissement de la résistance de la ligne blanche, le quatrième se rapporte à un jeune homme.

Tout en admettant donc l'influence favorable de la grossesse, nous ne pouvons que la compter parmi les causes adjuvantes. Il y a, par contre, un rapprochement qui nous semble indiqué et qui avait déjà été fait autrefois par M. Rivière, lorsqu'il publia les deux cas rapportés plus haut. Voici ses termes :

« Dans notre première observation, les grossesses répétées ont provoqué une distension et un écartement des fibres, d'où hernie consécutive, dans la région sous-ombilicale. Mais pourquoi cette hernie siège-t-elle, dans nos deux observations, et même dans celle citée par M. Berger, à peu près au même niveau, un peu au-dessus du milieu de la portion ombilico-pubienne de la ligne blanche ?

L'anatomie nous explique en partie ce fait. D'abord, à

la partie inférieure, les deux muscles grands droits de l'abdomen sont très rapprochés, presque contigus jusqu'à 7 centimètres environ au-dessus du pubis. A ce niveau, la ligne blanche est réduite à une ligne intermusculaire et renforcée en plus par des fibres venues du pubis, formant l'*adminiculum linæ albæ* ou ligament sous-pubien de Breschet. Les deux muscles pyramidaux viennent encore, par leurs fibres aponévrotiques terminales, qui s'entre-croisent au-dessous du point médian pubio-ombilical, renforcer la ligne blanche. D'autre part, la portion sus-ombilicale de la ligne blanche ne se rétrécit pas brusquement au-dessous de l'ombilic, mais à 4 centimètres environ au-dessous, et il semble qu'il puisse exister un point faible entre la partie inférieure sus-pubienne sur la résistance de laquelle M. Glénard a bien insisté, et la terminaison de la partie large de la ligne blanche. De plus, entre deux points d'attache : l'un fixe, le pubis, l'autre relativement fixe, l'ombilic (veine ombilicale et ligament suspenseur du foie), la partie médiane doit être la plus faible.

En résumé, il existe sur la ligne blanche abdominale, entre l'ombilic et le pubis, un point faible qui, dans certains cas, peut donner passage à une hernie sous-ombilicale; c'est à ce niveau que se trouvait, dans nos deux observations et dans celle de M. Berger, l'orifice herniaire. »

Nous avons trouvé que cette idée de l'existence d'un point de moindre résistance vers le milieu de la ligne ombilico-pubienne était intéressante. En fait, il semble bien que cette idée soit justifiée aussi par l'observation I fournie par M. Leriche. Dans tous les cas, elle peut servir à

expliquer le quatrième cas que nous rapportons, et c'est à ce titre que nous avons tenu à la mentionner.

Après examen des observations précitées peut-on adopter une règle de conduite thérapeutique en présence de cas analogues ?

Tout d'abord, il nous semble que les hernies sous-ombilicales ne doivent pas, en général, être traitées par le seul port d'un bandage. Si, en effet, ce traitement à semblé suffisant pour la malade dont l'histoire est rapportée par M. Berger, nous croyons que cela tient à ce qu'il s'agissait alors d'une hernie de petit volume, à orifice étroit, dans une paroi de bonne nature; mais, en général, se contenter d'une thérapeutique de fortune de ce genre constitue une imprudence, et c'est exposer le malade à des accidents souvent graves. C'est qu'en effet, les hernies de la ligne blanche sont capables de présenter des phénomènes d'inflammation qui aboutissent plus ou moins rapidement à l'étranglement et mettent le malade en présence d'un danger très sérieux.

« Lorsqu'elles (les hernies de la ligne blanche) viennent malheureusement à s'étrangler, disait Scarpa, les symptômes ont plus d'intensité et la gangrène se déclare plus promptement que dans toute autre espèce de hernie; si l'on en vient à l'opération, elle a très souvent une issue malheureuse, puisqu'on la fait presque toujours trop tard; c'est un des faits de pratique chirurgicale constaté par l'expérience des plus célèbres chirurgiens de tous les temps. Il est certain, disait Dionis, que, de cette opération, il en périt plus qu'il n'en réchappe. »

Il est entendu qu'à notre époque ces craintes de Scarpa peuvent sembler un peu exagérées; on était d'abord, à son

époque, beaucoup plus temporisateur qu'aujourd'hui et il ne faut peut-être pas chercher ailleurs la cause de l'extrême gravité des accidents alors observés.

Dans tous les cas, même sans être trop pessimiste, c'est se montrer de son temps que de conseiller à un malade atteint de hernie sous-ombilicale de subir la cure radicale. Que sera-t-elle ?

Il est entendu qu'après l'incision de la peau, le sac péritonéal sera dégagé, libéré de ses adhérences possibles avec les tissus voisins, puis ouvert. Le contenu, après examen, sera réduit dans la cavité abdominale; suivant les cas, il sera nécessaire ou bien de ligaturer le collet du sac et d'exciser le reste, ou bien de suturer, comme dans l'observation I, les lèvres de la plaie péritonéale. Il restera alors à obturer l'orifice herniaire proprement dit.

Dans les cas où la paroi sera bonne et l'orifice petit, on pourra se contenter d'en affronter les bords après avivement, et de les réunir par une suture solide à points séparés soit au catgut, soit au fil d'argent.

Mais il est d'autres cas, comme celui rapporté par M. Leriche, où ce manuel opératoire serait insuffisant et ne garantirait pas l'intégrité future de la paroi.

En présence d'un cas semblable, il nous semble que la meilleure intervention serait celle qui emploierait le procédé en cours pour la cure radicale des hernies ombilicales et que nous avons citée dans l'observation I.

Chez la malade en question, il fut pratiqué une incision transversale, c'est-à-dire perpendiculaire à la direction de la ligne blanche, et, de cette façon, les lèvres de la plaie aponévrotique furent affrontées et suturées suivant, non pas la direction longitudinale, mais suivant la direction

transversale. Le résultat fut excellent. Nous croyons pouvoir affirmer que la même méthode serait toujours employée avec fruit, et voici pourquoi :

Etant donné un orifice circulaire dans une membrane fibreuse, il n'est possible de le refermer qu'autant qu'on peut en rapprocher les bords et qu'aucune force ne tend à les écarter; or, la ligne blanche étant formée des tendons des muscles larges de l'abdomen, est continuellement soumise à la traction de ces muscles, qui s'exerce de façon égale de chaque côté et suivant une direction sensiblement transversale. Il est aisé à comprendre qu'une suture ayant une direction longitudinale aura bien des chances d'être peu solide, puisque ses deux bords seront sans cesse tirillés par la contraction des muscles larges. Si, au contraire, on débride l'orifice herniaire à droite et à gauche, et que l'on suture transversalement, on comprend que l'on obtienne un résultat des plus satisfaisants.

Le cas publié par M. Leriche semble bien prouver la valeur de cette méthode, qui est, comme nous l'avons dit, employée pour la cure radicale des hernies ombilicales volumineuses.

A la séance du 15 mai 1912, de la Société de chirurgie de Paris, la question de la cure radicale des hernies ombilicales par des sutures de bas en haut fut agitée à propos d'une malade opérée par M. Dujarier. Nous avons trouvé quelques remarques intéressantes sur le procédé; nous croyons qu'elles trouveront leur place à la fin de notre travail.

M. Demoulin, après avoir rapporté l'observation de la malade opérée par M. Dujarier, essaye de faire l'histori-

que de la méthode. Il attribue à Duchamp, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, la priorité de la suture transversale de l'anneau ombilical; Duchamp, en 1896, dans la *Loire Médicale* (15 juin 1896), et dans la thèse de son élève Allemand (1896), fait remarquer que l'orifice herniaire ombilical a, le plus souvent, une forme ovalaire à direction transversale et qu'il est plus facile de rapprocher les bords de haut en bas ou de bas en haut, que de gauche à droite; d'autre part, les fibres à direction transversale prédominent dans la constitution de la ligne blanche, et si l'on suture transversalement, on aura une paroi plus solide, puisque les contractions des muscles larges de l'abdomen ne pourraient pas écarter les lèvres de la suture.

Nous avons donné les arguments apportés par Duchamp à l'appui de cette méthode; ce sont, du reste, ceux que nous avons donnés nous-même comme les plus valables. La question fut reprise trois ans plus tard par William J. Mayo qui, dans les *Annales of Surgery* (janvier 1899), rapporte cinq cas de hernie ombilicale dont deux furent opérés par la suture transversale des lèvres de l'orifice herniaire. En 1903, dans un travail publié le 25 juillet, dans *The Journal of the American Medical Association*, Mayo reprend la question, décrit en détail le manuel opératoire et donne les résultats de 25 cas opérés par lui.

Depuis, si nous parcourons la littérature médicale, nous voyons que, successivement : En 1904, Tavel, dans la *Revue Médicale de la Suisse romande*, recommande, pour le traitement de la hernie ombilicale de l'enfant l'incision transversale de la peau et la suture en ligne trans-

versale de l'aponévrose. Au Congrès français de chirurgie en 1905, Gourdet (de Nantes), rapporte six observations de hernie ombilicale; après incision verticale de la peau, il dissèque l'anneau herniaire et le réunit en sens transversal. Au même Congrès, Morestin rapporte ses observations où il a opéré suivant la même méthode; et Wather la préconise également. En 1906, Graser (d'Erlangen) publie, dans les *Archives de Langenbeck* (t. LXXX, pp. 324-349), un procédé qui ne diffère du précédent que par ce fait que l'on incise la gaine antérieure des muscles droits transversalement, puis qu'on la suture de même après avoir rapproché l'un de l'autre les deux muscles.

En 1909, Wienhold (de Breslau), dans le *Zentralblatt für Gynecologie* (18 septembre 1909), propose un genre de réunion analogue pour l'aponévrose et la peau ayant la forme d'un T renversé.

Enfin, nous citerons l'avis de Morestin qui, dans la séance du 7 février 1912 de la Société de Chirurgie, propose « de joindre à la cure de la hernie une véritable restauration de la paroi tout entière en fronçant les aponévroses et la ligne blanche par des séries de surjets qui déterminent la formation d'épaisses bandes fibreuses, verticales, transversales ou obliques selon les indications qui naissent de chaque cas en particulier ».

En somme, il nous apparaît que, dans les publications de tous ces auteurs, malgré la variété des procédés préconisés, une idée dominante se dégage : c'est celle de la supériorité de la suture transversale.

Comme les hernies de la partie sous-ombilicale de la ligne blanche ont une grande analogie avec les hernies ombilicales, il n'était pas inutile de citer dans ce travail les

noms des auteurs qui ont traité la question. Tout ce qui a été dit à propos des hernies peut, en effet, s'appliquer aux premières. Nous dirons donc, en terminant, qu'à part des cas exceptionnels, où l'orifice est très large et dans lesquels, comme l'a dit Lucas-Championnière, il n'y a pas de méthode absolue et l'on est parfois obligé de faire la suture comme on peut, on doit admettre comme intervention de choix la suture transversale de l'aponévrose et de la peau, qui a le double avantage d'assurer une plus grande solidité de la paroi, et de permettre de faire asseoir de bonne heure le malade; ce dernier avantage doit être considéré, puisque, comme nous l'avons dit, il s'agit le plus souvent de malades âgés, et que l'on peut éviter ainsi, dans une certaine mesure, la congestion des bases pulmonaires.

CONCLUSIONS

I. — Il existe rarement des hernies sur la ligne blanche ombilico-pubienne.

II. — Cela tient à sa faible largeur, à sa solidité plus grande et aussi au fait qu'elle est moins soumise que la ligne blanche épigastrique aux causes de distension.

III. — Ces hernies, lorsqu'elles existent, reconnaissent les mêmes causes générales que les hernies des autres régions : grossesse, atonie de la paroi abdominale, etc., et peut-être aussi l'existence d'un point de moindre résistance siégeant au milieu de la ligne ombilico-pubienne.

IV. — Leur traitement consiste dans la cure radicale avec débridement et libération du sac, suivie de la réduction des viscères herniés. La paroi est reconstituée de préférence par la méthode des sutures transversales.

VU :

Le Président de la Thèse

A. PONCET.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 décembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

22557. — Imprimeries Réunies, 8, rue Rachais, Lyon.
